

## AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA DIETA DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

**LARISSA BARZ DE VARGAS<sup>1</sup>; LARISSA SANDER MAGALHÃES<sup>2</sup>; DÉBORA SIMONE KILPP<sup>3</sup>; ANNE Y CASTRO MARQUES<sup>4</sup>; RENATA TORRES ABIB BERTACCO<sup>5</sup>; LÚCIA ROTA BORGES<sup>6</sup>.**

<sup>1</sup> Universidade Federal de Pelotas – laribdevargas@gmail.com

<sup>2</sup> Universidade Federal de Pelotas – larissasama@hotmail.com

<sup>3</sup> Hospital Escola – Universidade Federal de Pelotas/ Ebserh – dekilpp@gmail.com

<sup>4</sup> Universidade Federal de Pelotas – annezezita@gmail.com

<sup>5</sup> Universidade Federal de Pelotas – renata.abib@ymail.com

<sup>6</sup> Universidade Federal de Pelotas – luciarotaborges@yahoo.com.br

### 1. INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus é uma síndrome metabólica complexa, de etiologia múltipla, caracterizada por hiperglicemia persistente, resultante de defeitos na ação e/ou secreção de insulina. Apresenta alta incidência, sendo um problema de saúde pública e dentre as doenças crônicas não transmissíveis é considerada uma das principais causas de mortalidade (ASSUNÇÃO et al., 2017; IDF, 2017).

Em virtude do padrão alimentar ser um dos principais fatores etiológicos do diabetes tipo 2 e para o surgimento de outras doenças crônicas não transmissíveis, instrumentos como os índices dietéticos têm sido utilizados com a finalidade de avaliar a qualidade da dieta da população, para assim, conhecer o perfil alimentar dos indivíduos, possibilitando a realização de estratégias de intervenção e promoção à saúde, e ações de mudança de hábitos alimentares, acarretando na redução da incidência de comorbidades (FELIPPE et al., 2011).

No ano de 2004 FISBERG et al. (2004) adaptaram e validaram para a população brasileira o primeiro índice dietético, seguindo as recomendações da Pirâmide Alimentar proposta por PHILIPPI et al (1999), originando o Índice de Qualidade da Dieta (IQD). Entretanto com a publicação do Guia Alimentar para a População Brasileira em 2006, houve a necessidade de revisar o IQD, gerando o Índice da Qualidade da dieta revisado (IQD-R) proposto por PREVIDELLI et al. (2011). O IQD-R permite analisar simultaneamente os diferentes componentes da dieta, com base na densidade energética, avaliando sua qualidade, independentemente da quantidade de alimento consumido (PREVIDELLI et al., 2011).

### 2. METODOLOGIA

Estudo transversal descritivo com pacientes diabéticos tipo 2, maiores de 18 anos, atendidos no ambulatório de nutrição da UFPel. Foram avaliados de forma retrospectiva, dados obtidos a partir dos prontuários dos pacientes, sendo traçado o perfil clínico, demográfico e nutricional. O consumo alimentar foi avaliado por meio do recordatório de 24 horas, obtido na primeira consulta, posteriormente a qualidade da dieta foi quantificada a partir da análise da pontuação do IQD-R para a população brasileira.

O instrumento avalia a dieta de acordo com doze componentes, dos quais nove são grupos alimentares (frutas totais; frutas integrais; vegetais totais e leguminosas; vegetais verdes-escuros, alaranjados e leguminosas; cereais totais; cereais integrais; leite e derivados; carnes, ovos e leguminosas; óleos), dois são nutrientes (gordura saturada; sódio) e o último representa a soma do valor energético proveniente da ingestão de gordura sólida, álcool e açúcar de adição (componente Gord\_AA) (PREVIDELLI et al., 2011).

O instrumento avalia a dieta de acordo com doze componentes, dos quais nove são grupos alimentares (frutas totais; frutas integrais; vegetais totais e leguminosas; vegetais verdes-escuros, alaranjados e leguminosas; cereais totais; cereais integrais; leite e derivados; carnes, ovos e leguminosas; óleos), dois são nutrientes (gordura saturada; sódio) e o último representa a soma do valor energético proveniente da ingestão de gordura sólida, álcool e açúcar de adição (componente Gord\_AA) (PREVIDELLI et al., 2011).

Os componentes de um a nove avaliam a adequação, já os componentes de dez a doze a moderação do consumo alimentar; esta moderação é avaliada em sentido oposto, isto é, o aumento do consumo reflete negativamente, enquanto o consumo de alimentos de um a nove, quanto maior o consumo vai refletir positivamente no resultado final. A pontuação mínima é atribuída ao consumo zero (componentes um a nove) ou ao consumo acima do limite preconizado (componentes dez a doze), enquanto a pontuação máxima é estabelecida atingindo ou ultrapassando o valor recomendado de ingestão do consumo (componente de um a nove) ou consumo dentro do limite preconizado (componente de dez a doze). O resultado é representado por uma pontuação que varia de 0 a 100 pontos, logo, pontuações mais altas, representam melhor qualidade da dieta (PREVIDELLI et al., 2011). Com o intuito de classificar essa qualidade da dieta com mais clareza foi utilizado à classificação do IQD anterior (FISBERG et al., 2004), que classifica a dieta em três categorias: abaixo ou igual a 40 pontos - dieta “inadequada”; entre 41 e 64 pontos - dieta que “necessita de modificação”; e igual ou superior a 65 pontos - dieta “saudável”.

Os dados foram inseridos em um banco de dados no programa Excel® versão 2007 para Windows e posteriormente exportados para o programa Stata® versão 12.0, sendo realizada a análise das variáveis estudadas. As comparações e testes de associação foram realizados pelos testes de qui-quadrado ou Exato de Fischer. Para verificar as diferenças de médias foi utilizado o teste t-Student. A associação entre qualidade da dieta e índice de massa corporal foi averiguada através da correlação de Pearson. O nível de significância para todas as análises foi de 5% ( $p<0,05$ ).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) (nº. 1.659.342).

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 221 diabéticos, sendo a maioria do sexo feminino (67,42%) e obesa (59,55%). Em relação ao consumo alimentar, a média geral do Índice de Qualidade da Dieta Revisado foi de  $60,63 \pm 9,88$  pontos. Os componentes com menor contribuição para a média do escore total foram frutas integrais, vegetais totais e leguminosas, cereais integrais, sódio, frutas totais e leite e derivados (Tabela 1).

**Tabela 1.** Escore médio de casa componente do IQD-R de pacientes diabéticos da cidade de Pelotas-RS, 2019 (n=221).

Componentes IQD-R	Pontuação Máxima	Média (pontos)	Desvio Padrão
Frutas totais	5	2,34	2,12
Frutas integrais	5	0,63	1,59
Vegetais totais e leguminosas	5	1,41	2,14
Vegetais verdes escuros, alaranjados e leguminosas	5	3,13	2,40
Cereais, raízes e tubérculos	5	3,95	1,42
Cereais integrais	5	1,62	2,18
Leite e derivados	10	3,49	3,58
Carnes, ovos e leguminosas	10	8,89	2,27
Gordura Saturada	10	6,51	3,52
Sódio	10	1,97	2,58
Gord_AA*	20	16,69	4,41
<b>IQD-R** Total</b>	<b>100</b>	<b>60,63</b>	<b>9,88</b>

\*Gord\_AA: calorias provenientes de gordura sólida, \*\*Índice de Qualidade da Dieta Revisado: Para o componentes “óleos” foi considerado 10 pontos para todos os pacientes, em virtude do programa utilizado para avaliar o recordatório de 24 horas considerar um valor fixo para o óleo.

Observou-se que os indivíduos idosos apresentaram escores maiores de IQD-R quando comparados aos adultos (61,92 vs. 59,30, respectivamente,  $p=0,0489$ ). Não houve associação significativa entre melhor qualidade da dieta e estado nutricional, no entanto quando avaliado a correlação entre IMC e o IQD-R por meio da correlação de Pearson, os resultados demonstram uma correlação negativa significativa ( $r= -0,16$ ;  $p= 0,0136$ ), evidenciando que, quanto maior o IMC, menor o IQD-R.

#### 4. CONCLUSÕES

Verificou-se inadequação na qualidade da dieta dos pacientes, principalmente entre os que apresentaram excesso de peso, destacando-se a necessidade de intervenções adequadas para essa população, visando à melhora de hábitos alimentares, com repercussões positivas no controle glicêmico e na qualidade de vida dos mesmos.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSUNÇÃO, S. C.; FONSECA, A. P.; SILVEIRA, M. F.; CALDEIRA, A. P.; PINHO, L. Knowledge and attitude of patients with diabetes mellitus in Primary Health Care. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 200-208, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília; 2014; 2(1). Acesso: 20 Nov. 2018. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira\\_2e\\_d.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2e_d.pdf)>.

FELIPPE, F.; BALESTRIN, L.; SILVA, F. M.; SCHNEIDER, A. P. Qualidade da dieta de indivíduos expostos e não expostos a um programa de reeducação alimentar. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 24, n. 6, p. 833-844, 2011.

FISBERG, R. M.; SLATER, B.; BARROS, R. R.; LIMA, F. D.; CESAR, C. L. G.; CARANDINA, L et al. Índice de Qualidade da Dieta: avaliação da adaptação e aplicabilidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 3, p. 301-318, 2004.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF Diabetes Atlas. 8 th ed. [Internet]. Brussels: **International Diabetes Federation**; 2017. Acesso em: 15 Set. 2018. Disponível em: <<http://www.diabetesatlas.org/across-the-globe.html>>.

PHILIPPI, S. T.; LATTERZA, A. R.; CRUZ, A. T. R.; RIBEIRO, L. C. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 12, n. 1, p. 65-80, 1999.

PREVIDELLI, A. N.; ANDRADE, S. C.; PIRES, M. M.; FERREIRA, S. R. G.; FISBERG, R. M.; MARCHIONI, D. M. Índice de Qualidade da Dieta Revisado para população brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 794-798, 2011.